

## Nachweis über die Erbringung einer ehrenamtlichen Tätigkeit

<b>Vorname:</b>	
<b>Nachname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	

war bei uns

<b>Institution:</b>	
<b>Straße + Nr.:</b>	
<b>Postleitzahl + Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>E-Mail:</b>	

in dem Zeitraum \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ehrenamtlich aktiv tätig.

Die Tätigkeit umfasste insbesondere:

<b>Zeitraum</b>	<b>Tätigkeit</b> (Angabe in Stichpunkten)	<b>Stunden</b>

### **Bei einer ehrenamtlichen aktiven Mitwirkung im Katastrophenschutz:**

Es wurde an mindestens **zwei** von der Organisation organisierten Fortbildungsveranstaltungen mit medizinischer Ausrichtung **pro Jahr** teilgenommen. ja  nein

<b>Fortbildung</b>	<b>Zeitraum</b>

Hiermit wird die Richtigkeit der vorstehend angegebenen Daten bestätigt, in der Kenntnis, dass der Bewerber / die Bewerberin bei unrichtigen Angaben vom Verfahren ausgeschlossen werden kann.

\_\_\_\_\_  
**Ort/Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift / Stempel der Institution**

## Ehrenamtliche Tätigkeiten im Rahmen der Verordnung zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen

Ehrenamtlich ist eine Tätigkeit, wenn sie dem Gemeinwohl dient und nicht in beruflicher oder gewerblicher Art ausgeübt wird. Als einschlägige ehrenamtliche Tätigkeiten kommen insbesondere in Betracht:

- ehrenamtliche Tätigkeit in einer pflegerischen Einrichtung mit Patientenkontakt,
- ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich des Krankenhauswesens mit Patientenkontakt,
- **aktive Mitwirkung im Katastrophenschutzdienst** als Mitglied
  - einer Hilfsorganisation,
  - der Freiwilligen Feuerwehren,
  - des Technischen Hilfswerks,
  - der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V.

Für eine Berücksichtigung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Rahmen **einer aktiven Mitwirkung im Katastrophenschutz** muss die Bewerberin oder der Bewerber die **Teilnahme an mindestens zwei von der jeweiligen Organisation organisierten Fortbildungsveranstaltungen mit medizinischer Ausrichtung pro Jahr** nachweisen.